…..........................................
pieczątka jednostki prowadzącej KKZ

**SKIEROWANIE NA BADANIE LEKARSKIE**

Stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2017 roku w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich (Dz. U. z 2017, poz. 971)

1. kieruję na badania lekarskie:……………………………………………………………………………………………..………………………….
 *(imię i nazwisko)*

zamieszkałego ………………………………………………………….……………………………………………..……………………….…………
 *(adres zamieszkania)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL

 kandydata na **KWALIFIKACYJNY KURS ZAWODOWY o profilu kształcenia:**

**Technik mechanizacji rolnictwa i agrotroniki Mechanik operator pojazdów i maszyn rolniczych**

**Technik żywienia i usług gastronomicznych Kucharz**

2. W trakcie KURSU ww. będzie narażony na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w miejscu odbywania praktycznej nauki zawodu, studiów, kwalifikacyjnych kursów zawodowych:

* pozycja wymuszona, praca fizyczna, narażenie na zwiększony hałas, stres, czynniki alergizujące, choroby zakaźne i pasożytnicze, promieniowanie elektromagnetyczne i zagrożenia związane z obsługą komputera, obsługa urządzeń elektromechanicznych.

………………………………, dnia .............. …...........................
 ……………………………………………………….........

 *(pieczątka i podpis osoby kierującej na badania lekarskie)*

Pieczątka jednostki przeprowadzającej badanie

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

W wyniku badania lekarskiego oraz oceny narażeń na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w trakcie praktycznej nauki zawodu, kwalifikacyjnego kursu zawodowego, studiów lub studiów doktoranckich stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2017r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich (Dz. U. z 2017, poz. 971)
 orzeka się, że u: …….................................................................................................................... *(Imię i nazwisko)*

Urodzonego dn.:................................................., zamieszkałego w ……………………………………………………………………………………

**kandydata na KWALIFIKACYJNYY KURS ZAWODOWY** o kierunku…………………………………………………………..……………………….

1. braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia nauki Data następnego badania :....................................
2. istnieniu przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia nauki

………………………….…………………………………………
Pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie

..……………………………………………, dnia:………………………..